

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПОСТГЕРПЕТИЧЕСКОЙ НЕВРАЛГИИ

Лялик А.И., Алексеенко Ю.В., Коровко И.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Постгерпетическая невралгия (ПГН) представляет собой осложнение после перенесенного опоясывающего герпеса с появлением характерных нейропатических болей. Распространенность опоясывающего герпеса составляет от 0,4 до 1,6 случаев заболевания на 1000 пациентов в год в возрасте до 20 лет и от 4,5 до 11,8 случаев на 1000 пациентов в год в старших возрастных группах [2]. После острого периода опоясывающего герпеса риск развития ПГН увеличивается с возрастом и составляет от 10 до 30 %.

ПГН — это болевой синдром, длящийся более 4 месяцев (120 дней) от начала продромального периода [1]. Постоянное ощущение боли значительно ограничивает двигательную активность и качество жизни пациентов. Имеются международные рекомендации по лечению ПГН [1], где отдается предпочтение группам антиконвульсантов и антидепрессантов как наиболее эффективным и безопасным. Заслуживают также внимание и современные препараты для местного лечения нейропатической боли. Специалисты широкой практики, как правило, недостаточно осведомлены о современных подходах к диагностике и лечению ПГН.

Цель. Оценить терапевтическую эффективность и безопасность применения при ПГН препаратов группы антиконвульсантов и лекарственного пластыря с капсаицином.

Материал и методы. Было обследовано и пролечено 14 пациентов с ПГН. Длительность ПГН составляла от 4 до 9 месяцев. Возраст пациентов был от 37 до 78 лет. Болевой синдром локализовался преимущественно на туловище. Проводился анализ предшествующей терапии по данным амбулаторных карт и информации от пациентов.

Интенсивность боли при ПГН анализировалась с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). Для верификации нейропатической боли применялся опросник DN4. У пациентов с ПГН также исследовался по специальной методике специфический для нейропатической боли феномен аллодинии (болевых ощущений, возникающих при нанесении обычного неболевого стимула).

Для купирования ПГН в течении месяца применялись в нарастающих дозировках антиконвульсанты Прегабалин (Pregabalin) от 300 до 600 мг и Габапентин (Gabapentin) от 1200 до 1800 мг (8 пациентов). Также у 6 пациентов был использован однократно кожный пластырь «КУТЕНЗА», содержащий высококонцентрированный капсаицин (вещество, содержащееся в красном чили-перце).

Оценка эффективности проведенной терапии проводилась посредством расчета доли пациентов с улучшением показателей по изучаемым шкалам не менее 30% от исходного результата. Безопасность препаратов оценивалась по относительной частоте развития побочных реакций с определением степени их выраженности.

Результаты и обсуждение. Диагноз ПГН был ранее установлен только у 4 из 14 пациентов. У остальных первоначально диагностировались разнообразные состояния с болевыми симптомокомплексами - остеохондроз, межреберная невралгия, энцефалопатия, депрессивные состояния. Анализ предшествующей терапии показал, что для лечения нейропатической боли чаще всего применялись различные нестероидные противовоспалительные препараты с незначительным и кратковременным эффектом. У 7 пациентов применялись курсы антиконвульсантов и антидепрессантов, однако они были относительно кратковременными и без использования схемы нарастающих дозировок. Значимого эффекта от местного применения мазей с нестероидными препаратами и других средств не отмечалось. Все обследованные пациенты отмечали в различной степени неудовлетворенность от предшествующего лечения.

Нейропатический характер боли подтверждался результатами применения опросника DN4. У всех пациентов оценка была выше 4 баллов, что, характерно для ПГН. В результате лечения снижение интенсивности боли по шкале ВАШ на 30% и более было отмечено у 6 из 8 пациентов, принимавших антиконвульсанты, а также у 4 из 6 пациентов, применявших пластырь с капсаици-

ном. Полный регресс боли отмечался в 1 случае. Отсутствие четкого клинического эффекта отмечалось у лиц старше 65 лет на фоне различной выраженной коморбидной патологии. Однако следует иметь в виду, что курсовой прием антиконвульсантов в течение 1 месяца может быть недостаточен для получения значимого клинического эффекта. В таких случаях в дальнейшем возможно лечение посредством дополнительного применения антидепрессантов с подбором индивидуальных доз. Характерный феномен аллодинии был выявлен у 12 пациентов с ПГН. После проведенного лечения у 9 пациентов площадь провоцируемой боли достоверно уменьшилась.

У 2 из 8 пациентов с ПГН, принимавших антиконвульсанты, отмечались некоторые слабо выраженные побочные реакции, преходящие после уменьшения дозы препаратов. При применении перцового пластыря в одном случае были отмечены явления ожога 1 степени с развитием в дальнейшем, тем не менее, значимого клинического эффекта.

Выводы.

1. Для улучшения распознавания ПГН необходимо придерживаться международных критериев диагностики ПГН, применять опросник DN4 и оценивать феномен аллодинии.
2. Пациенты с ПГН на начальных этапах заболевания, как правило, не получают адекватного и патогенетически обоснованного лечения, что способствует хронизации болевого синдрома.
3. Результаты исследования подтверждают эффективность и безопасность прегабалина и габапентина, а также местных пластырей с капсаицином для лечения ПГН.

Литература:

1. Волкова, А.И. Постгерпетическая невралгия: клиника, лечение, профилактика / А.И. Волкова // Журн. неврологии и психиатрии. – 2007. – № 2. – С.76-79.
2. Филатова, Е.Г. Опоясывающий герпес и герпес ассоциированная боль / Е.Г. Филатова // Лечащий врач. – 2011. – № 5. – С.24-27.

АНАЛИЗ ОТДАЛЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕКОНСТРУКТИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКИХ СТЕНОЗАХ ЦЕРЕБРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

***Санего И.А., Лукомский И.В., Пашков А.А.,
Наумова Г.И.,² Павлюковский И.В., Регино Г.Ю.***

УО «Витебский государственный медицинский университет»¹

УЗ «Витебский областной диагностический центр»²

Актуальность. Реконструктивные операции на экстракраниальных отделах внутренних сонных (ВСА) и позвоночных артерий (ПА) при их стенотическом поражении атеросклеротическими бляшками рассматриваются как эффективный метод профилактики повторных острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК). Считается, что у пациентов, перенесших транзиторную ишемическую атаку и имеющих стеноз соответствующей внутренней сонной артерии более 70%, риск повторной мозговой катастрофы в течение года составляет 12-13% (популяционный 0,4%), 3-х летний риск – 30-35%. Эндартеректомия снижает годовой риск до 1-2%, а у пациентов, перенесших в аналогичной ситуации инсульт, годовой риск повторного инсульта снижается с 5-9% до 2-3% [1]. Отмеченное явилось основанием для включения хирургических методов профилактики повторных ОНМК в международные и национальные рекомендации по лечению данной категории больных [2, 3]. В то же время, оперативные вмешательства не останавливают течения атеросклеротического процесса, а, соответственно, и вероятность рестенозирования оперированных сосудов. По различным оценкам, количество рестенозов после реконструкции каротидной бифуркации только в раннем послеоперационном периоде составляет 0,5 – 4,9 %, что связывают с техническими дефектами выполнения операции. В отдаленном же послеоперационном периоде рестенозы выявляются у 7,9 - 29% больных [3, 4]. Как следует из литературы, после реконструкций ВСА на протяжении первых 24 месяцев причиной рестенозов принято считать гиперплазию